

Ets una exagerada

Biaix de gènere i sexe en salut

Dirigit per Isabel Muntané
i Blanca Coll-Vinent

Tretze malalties que es diagnostiquen i tracten a partir d'un model d'home «universal», i la necessitat d'introduir la perspectiva de gènere en salut

Introducció

Blanca Coll-Vinent, metgessa

Isabel Muntané, periodista

La salut i la medicina, com la majoria de les disciplines de la nostra societat, estan marcades per una mirada androcèntrica que considera l'home, el sexe masculí, com a centre del món i com a referent universal. Ja fa temps que sabem que aquesta mirada no es correspon amb la realitat i que això provoca discriminacions, desigualtats i conseqüències nocives, sobretot per a les dones i altres persones amb diferents expressions de sexe i gènere, que no coincideixen amb aquest home «universal».

Les diferències per sexe en la salut tenen una base científica, malauradament poc estudiada, poc coneguda i poc valorada. Una gran part dels estudis estan fets predominantment en homes, en animals o en cèl·lules de sexe masculí, i els resultats d'aquests estudis s'adopten com a universals, encara que no representen tota la població. Aquesta unificació impedeix una pràctica correcta de la medicina, ja que no permet una individualització adequada segons les característiques de cada pacient. És lògic pensar, i està avalat així per estudis, que si hi ha diferències en l'estructura i la funció del cos, també hi ha diferències en la freqüència i manera com es presenten les malalties, en les respostes als tractaments, en els efectes secundaris i en els símptomes i pronòstics, entre

altres aspectes d'una patologia. No tenir en compte les diferències per sexe i gènere, per edat o per nivell socioeconòmic implica un pitjor diagnòstic i, amb tota probabilitat, un tractament erroni que afecta directament la salut física i emocional de moltes persones, la majoria dones.

En aquest llibre hem volgut explicar la importància del sexe i el gènere en la salut. Tant el sexe com el gènere són dues característiques determinants per a totes les persones, i, per tant, a ningú hauria de sorprendre que també siguin importants per a la salut. En general, les dones han estat les grans perjudicades d'aquesta universalització, no només perquè se'ls ha aplicat la medicina estudiada en models masculins, sinó perquè sovint les malalties en les dones s'han ignorat, minimitzat o menystingut, i en altres casos s'han patologitzat símptomes fruit de processos naturals.

En medicina, les característiques diferencials associades al sexe són molt més conegudes que les associades al gènere, especialment les que es refereixen als sexes femení i masculí. Per tant, en aquest llibre es parlarà fonamentalment de diferències entre dones i homes, assumint que les dones representen el sexe femení i els homes el sexe masculí. Tot i això, som conscients que per fer una radiografia més acurada del biaix de gènere en la medicina i la salut caldria parlar també de com aquest biaix afecta de diferent manera la diversitat de gèneres i de sexes presents a la nostra societat. Per ara, però, les diferències que puguin aparèixer en aquests casos estan poc o gens estudiades en l'àmbit sanitari. El que sí que ha començat a treballar la medicina és com el sexe i el gènere

interaccionen entre elles i amb altres característiques com l'edat, l'ètnia, el procés migratori o els factors socioeconòmics, entre altres eixos diferencials.

En aquestes pàgines trobareu informació mèdica detallada de diferents malalties que en la pràctica mèdica han estat creuades per un biaix de gènere i altres eixos de discriminació. Si bé és cert que en les últimes tres dècades s'ha avançat cap a l'equitat, amb l'objectiu que el sistema públic de salut garanteixi que totes les persones puguin assolir el nivell de salut més alt possible, la implementació d'una assistència mèdica individualitzada que tingui en compte aquestes diferències encara no és una realitat. Aquest llibre està especialment adreçat a les dones, tot i que cal remarcar que una individualització de la medicina implica un benefici per a tothom, sigui quin sigui el sexe, el gènere, l'edat o l'origen.

Els capítols que presentem a continuació en volen ser un exemple il·lustratiu, i així ens ho expliquen les metgesses i els metges autors dels articles mèdics, professionals conscienciades de la necessitat d'introduir la perspectiva de gènere tant en els estudis de medicina i infermeria com en la recerca mèdica, en les guies clíniques, en els protocols i en la pràctica diària de tota professional de la salut. Una perspectiva que volen transversal, que vagi més enllà de la igualtat formal, que plantegi una medicina individualitzada travessada per la perspectiva de gènere en totes les fases d'intervenció mèdica. Una medicina que ha de comptar, necessàriament, amb el suport d'una política pública feminista que impulsi aquests canvis i doni suport a les professionals de la medicina. Confiam que aquest llibre contribueixi a fer

que les institucions públiques i el sector sanitari prenguin una consciència més àmplia d'aquesta necessitat.

Juntament amb els textos mèdics hi trobareu el relat de dones, i alguns homes, que han viscut i patit aquest biaix de gènere o altres eixos de discriminació; en alguns casos ja ho han superat, més o menys satisfactòriament, i en altres encara arrossegueu les seqüeles d'aquesta mirada androcèntrica de la pràctica mèdica. La majoria de testimonis han accedit a aparèixer amb el nom i cognoms, excepte l'Ana, l'Ariadna o l'Adrià, que han patit una malaltia de salut mental. Totes tres han especificat que l'estigma que hi ha sobre aquestes malalties, encara que no són malalties minoritàries, és la raó per mantenir-se en l'anonimat. Tampoc volen ser identificades l'Elena i la Gloria; o la Marta, que ha patit violència masclista. A totes elles volem mostrar el nostre reconeixement per la seva disposició a participar en aquest projecte i per la seva sinceritat. No és fàcil rememorar moments dolorosos que continuen provocant sentiments de tristesa, angoixa, culpa i por. També el nostre agraïment més profund a totes les professionals que han aportat el seu coneixement i temps a aquest projecte.

Gràcies a totes elles, metgesses, metges i pacients, per la seva participació en un projecte que requeria una gran implicació emocional i en el qual només hi ha hagut un interès comú: contribuir a canviar una pràctica mèdica que encara arrossega silencis i resistències al voltant del biaix de gènere.

Isquèmia coronària

**Millorar el reconeixement
de les malalties cardiovasculars
en les dones reduiria l'impacte
en la seva salut psicosocial**

**Mercè Roqué, Margarida Pujol,
Ada Doltra i M. Àngels Castel**
Servei de Cardiologia
Hospital Clínic de Barcelona



“

Si hagués estat un home, no m'haurien mantingut amb un diagnòstic d'ansietat durant tants anys.

—Elena Martínez Meneu

L'Elena Martínez Meneu té trenta-vuit anys i en fa deu que té problemes de salut, des que li van diagnosticar un càncer al cervell. Un camí molt dur que fa que s'emocioni en molts moments de l'entrevista, però no per això deixa d'entrar en detalls que li han marcat la vida. Creu que si amb el seu testimoni pot conscienciar altres persones, l'esforç ja val la pena. És una dona molt responsable, propera i es mostra extremadament sensible i emocional quan explica el seu pas per diferents malalties, entre elles una obstrucció de les artèries coronàries, una obstrucció que durant anys es va confondre amb ansietat i que la va dur a una crisi personal de la qual encara s'està recuperant. Ara es mostra feliç i esperançada davant la possibilitat de quedar embarassada, un somni que fa uns anys li semblava impossible.

L'Elena comença el relat remuntant-se deu anys enrere, quan en tenia vint-i-vuit i li van diagnosticar un medulloblastoma, un càncer cerebral que comença a la part posterior i inferior del cervell, al cerebel. Un cop molt dur per a una jove que iniciava la seva carrera professional amb molt bones expectatives de futur i que de cop va sentir que tot canviava. «Pensava que em moriria», diu encara afectada per aquella sensació. Van ser vuit hores d'operació i un postoperatori molt complicat: «Les connexions neurològiques no estaven bé i d'entrada no podia ni caminar». Ara ha recuperat la mobilitat, però no l'equilibri ni la capacitat de memòria ni d'audició, afectades per la radioteràpia. De fet, els efectes secundaris a llarg termini del tractament del càncer amb quimioteràpia i amb dosis altes de radioteràpia al cap i altres zones del cos poden provocar problemes cognitius i d'audició com els que pateix l'Elena. Uns efectes secundaris dels quals «ningú em va avisar». Aquesta manca d'informació fa que ella, encara avui, se senti dolguda: «Abans d'operar-me ningú em va dir que allò era un tumor cancerós, i de cop em diuen que no em preocupi, però que havia de fer “una mica” de radioteràpia i quimioteràpia». Un tractament de prevenció que «em va fregar, va ser molt dur i amb moltes seqüeles».

Quan explica tot el procés de l'operació es lamenta que la seva opinió no fos tinguda en compte, que li van aplicar uns protocols malgrat que s'hi va oposar i que altres professionals que hi van intervenir li donaven suport. Per exemple, comenta com li van rapar tot el cap malgrat que tant el metge com la infermera havien dit que no calia, ja que per a ella era important mantenir la

seva imatge: «Era jove, només tenia vint-i-vuit anys, i encara que pugui semblar irrellevant, quan em vaig veure sense cabells em vaig enfonsar». També exposa el dubte sobre com l'haurien tractat si hagués estat més gran; potser amb més «respecte».

L'Elena arribava a l'operació amb una gran inestabilitat emocional. A part de la por a l'operació, tenia una relació sentimental a distància amb qui avui és el seu marit, però aleshores no sabia com els podria afectar allò.

Més enllà de pensar si superaria o no el càncer, reconeix que era molt ambiciosa professionalment: «Jo era una noia de poble que volia veure món, fer una carrera internacional, i tot es va trancar», explica. L'Elena vivia a Alemanya, on havia fet l'Erasmus i unes pràctiques, i després de l'estiu havia de començar una feina com a enginyera química, «però ja no hi vaig tornar, sentia que havia perdut la feina de la meva vida».

El càncer «m'ho va llevar, i per a mi va ser molt difícil». Tota una sèrie de circumstàncies que la van afectar molt i que la medicina no entén: «No ens veuen d'una forma holística; tot va ser molt fred i inhumà». Un cop a casa, recorda que «només em volia morir».

Ja recuperada, va començar a buscar feina, i explica, amb un gran somriure, com va la va trobar a Barcelona, on es va traslladar a viure amb la seva parella. Va ser en aquesta època, el 2016, quan van aparèixer nous problemes de salut. Començava a presentar símptomes de dolor al centre del pit quan feia alguna activitat física, com ara caminar o algun esforç més important. Uns dolors que la invalidaven en molts aspectes de la vida: «No sortia de

casa, no tenia ganes de viure, no menjava, vaig perdre molt de pes...». L'any 2020 consulta el seu equip mèdic de referència i, atès que ja havia tingut càncer abans i havia patit molt anímicament, s'orienta com a possible quadre d'ansietat i amb el temps es remet a tractament psicològic. Comença una medicació amb ansiolítics. Passava el temps i els símptomes no milloraven. Es lamenta que quan es queixava de dolor al centre del pit, «el metge insistia que era ansietat, i jo m'ho creia».

El cas és que cada cop es trobava pitjor, no podia fer cap activitat física, «ni caminar més de deu minuts seguits», explica. Va arribar un dia que va dir prou, i el juny de 2021 l'Elena es va convèncer que no era possible que allò fos a causa només de l'ansietat. Se sentia tan malament que va anar a la doctora de capçalera amb una decisió presa; no acceptaria que li tornessin a dir que era ansietat: «Fins aquí he arribat, a mi em passa alguna cosa perquè això no és normal». Finalment, encara que l'electrocardiograma va sortir bé, com altres vegades, la van derivar a cardiologia de l'Hospital de Bellvitge on, l'agost de 2021, li van fer proves per comprovar l'estat de les artèries coronàries, que van mostrar una obstrucció important a diverses artèries del cor, i la van ingressar d'urgència. Per primer cop en gairebé cinc anys de malaltia, el diagnòstic no era ansietat sinó una obstrucció important a diverses artèries del cor. Se li va fer una coronariografia per confirmar el diagnòstic, i se li van tractar les obstruccions de dues artèries coronàries principals. L'Elena no tenia factors de risc cardiovascular, però havia rebut radioteràpia, que es pot relacionar amb una afectació de les artèries coronàries i d'altres estructures vasculars.

L'Elena assegura que cada cop està més convençuda que si hagués estat un home, tot això no li hauria passat: «No m'haurien mantingut amb un diagnòstic d'ansietat durant tants anys, i és que si li passés al meu home fins i tot jo li diria que no és possible». Amb el temps i amb perspectiva, ella ha reflexionat sobre què li passava i ara reconeix que probablement tenia ansietat, però «això no era la malaltia, era la conseqüència de no poder fer el que volia, de forçar-me a una quotidianitat que em provocava estrès perquè veia que no podia arribar». Potser, reconeix, «sí que vaig tenir episodis d'ansietat, però és el mínim amb tot el que em passava». Es lamenta que malgrat les evidències mèdiques, s'insistís durant anys en un diagnòstic d'ansietat. El cardiòleg de guàrdia «es va intentar disculpar en nom de la medicina dient que en una pacient tan jove això no era “habitual”», recorda l'Elena amb certa ironia i amb moltes cometes. No sap si el fet de ser jove va influir en la poca importància que es va donar a la seva simptomatologia i si el fet de ser dona s'hi va afegir per menystenir uns símptomes que «no em deixaven viure». El seu cas no és l'únic. La socialització de gènere i la mirada androcèntrica de la medicina ha fet que històricament s'infravaluessin o no s'identifiquessin símptomes relacionats amb les malalties cardiovasculars i s'acabessin adjudicant a problemes de salut mental o al que se'n diu les «exageracions típiques» de les dones.

Fa poc més d'un any i mig que l'Elena se sent com una persona nova perquè pot fer tot el que abans no podia fer, però sí que rememora amb recança que la medicina fes tard i que no se l'escoltés, possiblement, segons

insisteix, «per ser una dona jove». Quan pensa en això torna a emocionar-se i a recordar com tot el que feia li costava el triple, i no oblida la factura mental i física que li ha passat. «Ara estic perfectament, tot i que m'ha quedat el regalet d'haver de prendre dues pastilles diàries de per vida, i amb això vull quedar-me.»

L'Elena va passar pàgina: «Han estat molts anys d'hospitals». Ara ella i la seva parella tenen un altre horitzó. Han reprès el procés de fertilització *in vitro*. Amb tot, no es mostra gaire esperançada perquè «després del que he viscut sempre em poso en la pitjor situació i la culpabilitat no m'abandona». La culpabilitat de no haver insistit davant un diagnòstic d'ansietat que no veia clar i del fet que la por a morir s'imposés al desig de ser mare. Assegura, però, que no la van informar bé: «Em van dir que extreure'm òvuls era complicat i significava posposar la quimioteràpia, i em feia molta por morir». Així que l'Elena no es va sotmetre a l'extracció d'òvuls, però ara pensa que retardar el tractament de càncer un mes no hauria significat res greu i «més si m'haguessin dit que era preventiu, potser la meva decisió hauria estat una altra».

A més a més, tampoc se li va dir que no hi havia bancs d'òvuls a la sanitat pública, així que tot el tractament el fan per la privada. Una situació que considera injusta per a les dones, tot i que entén que econòmicament «el cost de tractar la infertilitat d'homes és molt menor i, per tant, més assumible per la sanitat pública». Cal dir que en determinats casos la sanitat pública sí que preveu aquesta opció per a les dones, principalment en dones en menopausa prematura, però és cert que és un procediment

molt restringit. Des de fa poc de temps aquesta opció ja ha quedat prevista en el document del Servei Català de la Salut de tractaments de reproducció assistida.

Gran part de la vida adulta de l'Elena ha estat en mans hospitalàries, i tot i que reconeix que ara és una dona funcional i que «amb trenta-vuit anys, tinc una bona feina, una parella que m'estima i no em falta de res», no pot evitar la tristesa del camí recorregut. Arribar fins aquí «ha estat molt difícil, molt més difícil del que jo m'imaginava amb divuit anys», explica amb llàgrimes als ulls. I dona gràcies a la família i a la parella, que sempre han estat al seu costat. «Ara estic molt bé, però la vida ens ha donat moltes hòsties i no hi vull pensar més», sentència amb contundència.



Millorar el reconeixement de les malalties cardiovasculars en les dones reduiria l'impacte en la seva salut psicosocial

Mercè Roqué, Margarida Pujol,
Ada Doltra i M. Àngels Castel
Servei de Cardiologia
Hospital Clínic de Barcelona

Les malalties de l'aparell circulatori són la primera causa de mort en el cas de les dones i la segona en els homes, d'acord amb les dades del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya de 2022. De les diferents malalties cardiovasculars, la malaltia coronària és la més freqüent, però també hi ha altres patologies com les arítmies, les malalties de les vàlvules i miocardiopaties o malalties del múscul cardíac. Amb els avenços mèdics, les complicacions greus i la mortalitat estan disminuint en els darrers anys, encara que aquesta tendència és menys favorable per a les dones.

Diferents estudis han observat que les dones que han patit un infart agut de miocardi tenen més possibilitats

de morir: la mortalitat hospitalària afecta un 18 % de les dones, davant d'un 9 % dels homes. Aquestes diferències s'expliquen sobretot pel fet que les dones presenten la malaltia coronària a edats més avançades que els homes i tenen més comorbiditats: diabetis, hipertensió, malaltia renal, anèmia, entre d'altres. En general, els homes presenten malaltia coronària a edats més joves que les dones. Aquest fet és degut, en part, a la influència protectora dels estrògens abans de la menopausa, tot i que hi ha altres factors que ho explicarien. A més, encara que la incidència d'infart sigui més baixa en el cas de les dones joves, de menys de cinquanta-cinc anys, en les que el tenen s'observa un increment de mortalitat respecte als homes, que s'ha relacionat amb una gravetat de l'infart més important. En aquest sentit, malgrat que hi ha un gran interès a escala global i nombrosos estudis al respecte, queden encara moltes incògnites per aclarir les raons per les quals les dones amb infart tenen més mortalitat que els homes.

El símptoma més freqüent de la malaltia coronària és el dolor al pit. En general, aquest dolor es pot presentar quan es fa algun esforç, com caminar de pressa o per un pendent, etc. D'això en diem angina de pit. Aquest símptoma està en relació amb el desenvolupament de plaques de colesterol a les artèries del cor, fet que produeix un estrenyiment i dificulta la circulació de la sang. Quan aquest dolor no té relació amb l'esforç o no ens obliga a aturar-nos o deixar de fer aquella activitat que estem fent, es pot tractar d'un infart agut de miocardi, altrament dit «atac de cor», en què s'ha produït una obstrucció total d'alguna artèria del cor. En

aquest darrer cas, es tracta d'una situació urgent, que requereix atenció mèdica immediata, per tal d'evitar conseqüències greus. El tractament consisteix a obrir al més aviat possible l'artèria closa per tal de restablir la circulació a la part afectada del cor i reduir complicacions posteriors.

De vegades, la causa no és una obstrucció, sinó que també es pot produir un espasme o una lesió espontània de l'artèria (dissecció) o un infart en relació amb una situació emocional molt intensa, sense que hi hagi lesions coronàries. Aquestes situacions són més freqüents en les dones que en els homes.

Un fet que dificulta el diagnòstic de l'angina de pit o l'infart en les dones és que els símptomes poden ser diferents als dels homes. El dolor al pit és el símptoma més freqüent —més del 80 % de dones en tenen—, però el dolor pot no ser tan característic —opressió intensa al centre del pit— i pot acompanyar-se sovint d'altres símptomes associats. Per exemple, les dones refereixen més sovint sensació de manca de respiració, molèsties a la zona de l'estómac, cansament extrem, debilitat, suor, dolor a l'esquena, mareig o palpitations. Aquestes diferències en els símptomes poden dificultar fer un diagnòstic correcte i que s'endarrereixi el tractament adequat, fet que té repercussions en el pronòstic de la malaltia i en la qualitat de vida de les pacients.

Segons la Societat Europea de Cardiologia, les dones reconeixen els símptomes de l'infart en un grau més baix que els homes: el 69 %, comparat amb el 79 % dels homes. Estudis recents sobre el registre de l'infart de miocardi a Catalunya confirmen que en les dones hi ha,

en relació amb els homes, un retard d'uns vint minuts a fer un diagnòstic acurat en les consultes per dolor toràcic i a instaurar el tractament adequat. Aquest fet provoca un pitjor resultat del tractament per restablir la circulació al cor, que deriva en una afectació més gran de la funció cardíaca i de la qualitat de vida després d'un infart. És molt important, doncs, que les dones i els equips de professionals mèdics estiguin alerta davant la possibilitat de malaltia coronària i que parin atenció a aquests símptomes menys freqüents o menys coneguts que apareixen en les dones.

Les causes de l'infart de miocardi són diverses i sovint involucren una combinació de factors de risc que són essencialment els mateixos en dones i homes. La diabetis, el tabaquisme, la hipertensió arterial, el colesterol alt, la història familiar, els problemes renals, el consum excessiu de drogues i l'estrès són alguns dels factors de risc que no presenten diferències per raons de sexe o de gènere. Ara bé, també és cert que les dones presenten més factors que influeixen en el pronòstic i en el risc de patir un nou infart. D'una banda, és més freqüent que tinguin alguns dels factors de risc abans esmentats —com sobrepès, diabetis, hipertensió i problemes renals— que els homes. La hipertensió, per exemple, està molt relacionada amb el risc de patir arrítmies com la fibril·lació auricular, que comporta un risc més elevat d'embòlies, o ictus, en les dones. D'altra banda, hi ha malalties exclusives de les dones, com la síndrome d'ovari poliquístic, que afecta aproximadament a un 10 % de la població femenina i s'associa a un risc més alt de malalties cardiovasculars. També està demostrat que certes

complicacions de l'embaràs, com la preeclàmpsia o la diabetis gestacional, poden augmentar el risc de problemes cardiovasculars a llarg termini en dones joves.

Una de les principals conseqüències després de patir un infart és la insuficiència cardíaca. L'infart deixa una cicatriu al cor i, depenent de la mida d'aquesta cicatriu, la funció del cor en el seu conjunt es pot veure minvada. Aquest fet pot comportar l'aparició de més cansament en les activitats habituals de la vida diària. Aquesta situació requereix un tractament mèdic, amb fàrmacs i altres mesures —implant de dispositius específics com marcapassos o desfibril·ladors. L'aparició de símptomes d'insuficiència cardíaca en les dones és de set a deu anys més tardana que en els homes. Si bé al principi tenen símptomes més marcats, un punt favorable és que tenen millor resposta al tractament i menys esdeveniments adversos que els homes.

Patir un infart de miocardi és una condició mèdica greu i pot tenir un impacte significatiu en la salut psicosocial de les persones que el pateixen. Alguns estudis han demostrat que aquests aspectes afecten més negativament les dones que els homes. Les dones que han patit un infart de miocardi tenen fins a tres vegades més símptomes d'ansietat i depressió respecte als homes. Això incideix negativament sobre la seva salut mental i física i la seva capacitat per gaudir plenament de la vida. A més, la depressió té conseqüències desfavorables en termes de pronòstic i evolució de la malaltia a llarg termini, amb més risc de presentar nous esdeveniments coronaris. Cal destacar també que el fet de patir o d'haver patit una malaltia cardíaca té un impacte negatiu en

la vida sexual de les dones. A tall d'exemple, un 39 % de les dones amb cardiopatia isquèmica tenen menys interès en el sexe i la majoria d'elles, un 88 %, no reben informació per part de l'equip mèdic sobre la repercussió que l'infart té en l'activitat sexual, una repercussió associada a la pèrdua de l'activitat sexual.

Totes aquestes dades ens indiquen que cal millorar el reconeixement i la prevenció de les malalties cardiovasculars en les dones. Entre les accions que es poden dur a terme, cal promoure investigacions i estudis clínics específics en dones per comprendre millor com es presenten i es desenvolupen les malalties cardiovasculars en aquest grup de població. Això pot conduir a posar en marxa estratègies de prevenció més eficients.

Juntament amb aquestes mesures, cal fomentar l'educació i la consciència del problema entre les dones i professionals de la salut, incentivar campanyes institucionals de salut pública i recursos educatius i implicar les dones en la seva pròpia salut creant, per exemple, xarxes de suport per compartir experiències, consells i recursos.

És important reconèixer l'impacte psicosocial en les dones que han patit un infart i proporcionar-los el suport adequat. També és fonamental l'educació sobre com gestionar l'estrès i adoptar un estil de vida saludable per reduir el risc de futurs problemes. És més freqüent que les dones tornin o intentin tornar al seu estil de vida anterior a causa del rol de cuidadores que imposa la socialització de gènere, i això incrementa el risc d'un reinfort. Millorar el reconeixement de les malalties cardiovasculars en les dones implica una combinació

d'investigació, educació, sensibilització, atenció mèdica personalitzada i promoció d'estils de vida saludables. Mitjançant aquests esforços, es pot reduir el risc de malalties cardiovasculars i millorar la salut cardiovascular de les dones.